



ACTIVIDADES DEPORTIVAS

FICHA MÉDICA 2018

Nombre y Apellido:

DNI: Fecha de nacimiento: / /

Edad: Curso:

Domicilio: Teléfono:

Teléfonos opcionales:

1: Perteneciente a:

2: Perteneciente a:

Obra social: N° de Afiliado:

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS:

HERNIAS:

HEPATITIS:

MONONUCLEOSIS:

ASMA:

AFECCIONES RESPIRATORIAS:

ESGUINCES / LUXACIONES / FRACTURAS:

TRASTORNOS EPILÉPTICOS:

ALÉRGICO A:

PRESENTA PATOLOGÍA CRÓNICA: SI NO CUÁL:

RECIBE MEDICACIÓN PERMANENTE:

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

DEJO CONSTANCIA QUE.....SE ENCUENTRA EN CONDICIONES FÍSICAS ADECUADAS PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES A SU EDAD.

Firma del médico

Sello

Firma del Padre / Madre / Responsable

Aclaración

PLAZO DE ENTREGA: 20/03/18